

rosos, en que la gota crónica ha sucedido á la aguda. Mas adelante indicaremos las principales variedades; pues por ahora bastará que hablemos de una distincion mas importante que las demás. En una porcion de casos, la gota crónica permanece limitada á una articulacion, ó á lo menos á un corto número de ellas, donde las alteraciones se hacen permanentes y van sin cesar aumentando si la enfermedad no se detiene en su curso. Por el contrario, hay algunos en que la afeccion ocupa muchas articulaciones, pero no al mismo tiempo, de modo que unas veces duelen al enfermo los dedos de un pie, otras los del opuesto, las manos, etc. Como en este último caso, no se reproduce con tanta frecuencia la enfermedad en las articulaciones que afecta, no suele dejar en ellas vestigios tan profundos. A la primera de estas variedades se le ha dado el nombre de *gota crónica fija*, y á la segunda el de *gota movable, vaga, anormal* y tambien *irregular*, porque en efecto, presenta irregularidad tanto en la movilidad de los síntomas locales como en su asiento y en otras circunstancias accesorias.

El *dolor* nunca es tan fuerte en la gota crónica como en la aguda, aun cuando presenta cierto grado de intensidad á intervalos variados; pero es mucho mas continuo, de tal modo que es muy raro que se disipe completamente, y aun en los casos en que así sucede, esta mejoría no dura mucho tiempo y siempre queda una incomodidad bastante grande en las articulaciones enfermas, consecuencia necesaria de las alteraciones de que luego hablaremos.

El *asiento* de este dolor es ordinariamente el mismo que ocupaba en los ataques de gota aguda, y no es raro que haciéndose crónica la enfermedad, afecte nuevas articulaciones sin dejar de ocupar las antiguas: así se estiende á las manos, codos y rodillas, y de las articulaciones pequeñas, que son su asiento habitual, pasa á las grandes, que ocupa particularmente el reumatismo. Los que creen que la gota y el reumatismo articular son afecciones idénticas, se apoyan en hechos de este género que presentan efectivamente grandes semejanzas con esta última enfermedad.

Tofos.—La *tumefaccion* se hace persistente y ofrece algunas particularidades importantes. Es mucho mas irregular en que la gota aguda, lo cual resulta de la formacion de *concreciones tofáceas* alrededor de las articulaciones y que dificultan mucho los movimientos. Esto da origen á tumores duros, irregulares, abollados, situados inmediatamente debajo de la piel, que no puede deslizarse por encima de ellos y que penetrá hasta los ligamentos articulares, en donde se hallan fijos. En otras circunstancias ocupan las bolsas mucosas y las vainas de los tendones y parecen generalmente mas profundos, á no ser que sean mas voluminosos. Ya se concibe cuán dolorosa debe ser la presion de estos tumores y sobre todo la que causa el calzado, y así es que los gotosos que tienen semejantes alteraciones andan con el mayor trabajo y gastan por precision, zapatos á propósito, ó cor-

tan los comunes de modo que la parte tumefacta no soporté la menor presion.

Tambien se concibe la gran *deformidad* de las articulaciones que ha de resultar de estos tumores; la articulacion prominente y los dedos desviados y comprimidas sus estremidades unas contra otras, dan á las partes un aspecto enteramente especial.

Estas concreciones tofáceas, comprimiendo continuamente los tejidos, llegan á veces á ulcerarlos, se inflama la piel y se destruye á su nivel, y de aquí *úlceras* de larga duracion á consecuencia de las cuales se evacua la materia concreta que constituye el tumor. Otras veces por el contrario, producen la destruccion de las superficies articulares.

Pero no son estos productos morbosos la única causa de la deformidad de las articulaciones, sino que la tumefaccion de las estremidades articulares, la atrofia de las partes inmediatas y la inmovilidad de las articulaciones pequeñas, que no pueden ejecutar ningun movimiento sin que repita dolorosamente en el punto afectado, dan tambien origen á cambios de forma sumamente notables. Los dedos están atrofiados, vueltos los unos sobre los otros y sus movimientos son limitados, lo cual se nota especialmente en las manos. Cuando estas lesiones son considerables, no tan solo los enfermos apenas pueden apretar los objetos, sino que hasta los cogen con dificultad y se ponen sumamente torpes.

Cuando la enfermedad invade las grandes articulaciones, se ponen tambien tumefactas y tampoco están exentas de concreciones tofáceas.

En cuanto á la *rubicundez* y al *calor* no son comunes en la gota crónica y solo se manifiesta en ciertos retrocesos al estado agudo que sobrevienen de cuando en cuando, ó bien cuando irritando los tejidos las concreciones tofáceas, producen una inflamacion mas ó menos intensa.

Tales son los síntomas locales que necesariamente han de presentar grados y variedades que es muy fácil concebir y seria muy largo enumerar ahora.

Los *síntomas generales* varían. Presentando la gota crónica *exacerbaciones* de mayor ó menor duracion, se observa que el *apetito* se halla mas ó menos disminuido, y á veces por el contrario, está bastante aumentado, de tal modo, que es difícil sugetar á los enfermos á un régimen bastante severo. Al mismo tiempo hay una sensacion de plenitud en el epigastrio, eructos y borborigmos, y en una palabra síntomas que dependen de un desarrollo escensivo de gases. En otros casos aparecen síntomas de *embarazo gástrico*, y algunas veces dolores intestinales que pueden atribuirse á una gastro-enteralgia. El *estreñimiento* es el estado habitual de los gotosos que aumenta por lo comun durante los ataques. Es raro que haya *diarrea*.

Solo tenemos datos muy insuficientes respecto al estado de las *vias*

respiratorias y circulatorias. Mucho se ha hablado de la *disnea*, de la *tos*, de la *opresion* y de los *dolores pectorales* de los gotosos; pero ¿de qué dependen estos síntomas? ¿No basta la obesidad de ciertos enfermos para explicar algunos de ellos? ¿No corresponden otros á cierto grado de catarro pulmonar? Y finalmente, el origen de los fenómenos morbosos que presenta el órgano central de la circulacion, ¿no es las mas veces la existencia de una complicacion del órgano central de esta funcion?

Respecto al *sistema nervioso* se han indicado el insomnio, la inquietud y la irritabilidad, y se han citado ejemplos de tentativas de suicidio para librarse de los ataques; pero estos casos son sumamente raros.

Nos contentaremos con hacer mencion de los atontamientos de cabeza, zumbidos de oidos y cefalalgia, porque estos síntomas no son constantes. Mas particularmente pertenecen á la afeccion que nos ocupa los *calambres*, é igualmente los *espasmos* de los diversos órganos.

Debemos hacer tambien mencion del *edema* que aparece en las estremidades, pero que mas bien parece que dependen de una complicacion cardiaca, que son una consecuencia de la gota.

Igualmente indicaremos la sequedad de la *piel* durante el ataque y la supresion de los sudores habituales y de ciertos *flujos sanguíneos*, tales como las *hemorroides*.

La *orina* es cargada y poco abundante, y las afecciones de las vias urinarias (*catarro, arenillas, etc.*) son frecuentes en los gotosos, y aumentan durante las exacerbaciones de la gota crónica.

Cuando se han disipado estos paroxismos irregulares y de duracion indeterminada, la salud general es bastante buena en la mayor parte de los sugetos. Algunos conservan ciertos trastornos nerviosos y un estorbo mas ó menos manifiesto en la digestion; pero el mayor número recobran por el contrario un apetito por lo comun considerable y que no pueden prescindir de satisfacer, se sienten muy dispuestos, y solo las alteraciones anatómicas que han sobrevenido en las articulaciones afectadas les impiden hacer el ejercicio que les seria necesario.

4.º *Retroceso de la gota, metástasis gotosa, gota interna*.—Apenas hay afeccion aguda que en cierto número de casos no se haya considerado como una gota retropulsa ó retrocedida; así cuando aparecen en un ataque de gota ó solo en un sugeto gotoso una *bronquitis*, una *pulmonía*, una *gastritis*, una *enteritis* ó una *angina*, reciben el nombre de bronquitis, pulmonía, gastritis y angina gotosa. Pero nada hay que autorice este modo de considerar las enfermedades, porque no se ha citado ninguna particularidad que establezca una diferencia un poco notable entre ellas, segun que aparezcan en gotosos ó en sugetos colocados en otras condiciones. Nosotros por nuestra parte solo vemos en estos casos afecciones intercurrentes

tanto mas graves, cuanto que se presentan en sugetos ya agobiados por ataques largos, intensos y frecuentes.

Resta saber ahora si en los órganos principales, y con especialidad en el estómago, se manifiestan síntomas graves pertenecientes á la gota, y que no puedan atribuirse á ninguna de las enfermedades que dejamos citadas. Todo el mundo ha hablado del *retroceso de la gota* al estómago y al pecho, y hasta hay principios de tratamiento que se fundan en esta opinion; pero por desgracia los escritos de los autores nos dejan en la mayor incertidumbre respecto á este punto. Aparecen síntomas graves en los órganos internos, y los autores aseguran que es la gota que ha invadido estos órganos; pero ¿dónde están las pruebas? ¿Dónde las investigaciones que nos demuestran que nada mas que la gota ha invadido estos órganos? Esto es lo mismo que si en un tísico que padece gastritis secundaria, dijésemos que la tisis habia bajado al estómago. No queremos eludir la cuestion: sabemos que en muchos casos de terminacion fatal se han presentado síntomas muy graves en las cavidades esplánicas, y no nos repugna tampoco admitir que la misma enfermedad que ha ocasionado síntomas locales tan intensos en las articulaciones, les pueda producir análogas en los órganos; pero nos hallamos en el derecho de exigir la demostracion de esto, ó lo que es lo mismo, de pedir nuevas investigaciones. El doctor Castelnau ha empezado á publicar en un trabajo muy interesante (1) algunos hechos de importancia respecto á este punto; pero son hasta ahora en corto número y debe imitarse la prudente reserva del autor, que aun cuando se inclina por el retroceso de la gota, no se decide positivamente.

Pero se han citado hechos (2) en los que parece que el desarrollo de la gota ha disipado ciertos estados morbosos; pero podemos decir sin titubear, que estos hechos no son capaces de resistir al mas ligero exámen, y que son absolutamente necesarios otros mas detallados y mejor estudiados. Las mismas reflexiones se aplican á la *metástasis gotosa*, pues seria preciso que en primer lugar se nos citasen ejemplos bien evidentes de la desaparicion brusca de los síntomas articulares y de la aparicion correspondiente de una afeccion interna, y en segundo convendria que se nos pudiese demostrar que esta afeccion interna era realmente la gota trasportada á un órgano y no una flegmasía ordinaria.

Por último, necesariamente se han de observar individuos gotosos acometidos á veces de una afeccion del estómago, del pulmon ó de los intestinos, sin que las articulaciones hayan sido previamente invadidas, ó en otros términos, en los intervalos de los ataques. Esto basta á algunos autores para considerar á esta afeccion como una

(1) De Castelnau, *Obs. et réflex. sur la goutte, etc.* (Arch. gén. de méd., 4.ª série 1843, t. III, p. 285).

(2) Scudamore, *Traité de la goutte*.

enfermedad gotosa, y para ellos es la *gota interna*; pero claro está que el raciocinar así es ponerse voluntariamente á cometer errores.

En resúmen, aun cuando se han citado algunos hechos que inducen á creer que la gota puede en ciertas circunstancias dirigirse hácia el interior; aun cuando no repugne de ningun modo el admitir la posibilidad de este hecho y á pesar de que muchos autores han defendido esta causa con gran talento, todavía estamos en la duda.

§ V.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

En la descripcion que precede nos hemos limitado á dar á conocer la sucesion de los accidentes, y así bastará que recordemos aquí en pocas palabras que la gota se presenta por ataques, que estos ataques, se componen de *accesos diarios* que duran de diez á doce ó veinticuatro horas, en lo cual hay numerosas variaciones; que estos ataques, al principio intensos y de una duracion de dos á tres setenarios, están separados por largos intervalos, durante los cuales se disipan todos los síntomas tanto locales como generales, y que mas tarde van siendo estos ataques cada vez menos intensos, pero tambien mas próximos, hasta que llegada cierta época ya no existen esos intervalos en que todo vuelve completamente al estado normal, sino que siempre padecen mas ó menos los enfermos, las alteraciones anatómicas se han hecho permanentes y la gota ha pasado ya al estado *crónico*.

W. Gairdner admite *tres periodos*; en el primero, los ataques de gota, aunque violentos, dejan, en sus intervalos, á los sugetos sin menoscabo de la constitucion; en el segundo comienzan á sufrir, aun cuando los ataques sean todavía agudos; y en el tercero es la *gota crónica*, con todos los accidentes que produce.

La *duracion* de la gota se mide casi siempre por la de la existencia del sugeto. Se han citado algunos casos de curacion; pero son bien raros y su duracion debe ser necesariamente indeterminada.

La *terminacion* es por lo comun fatal, á consecuencia de una afeccion intercurrente; sin embargo, la gota puede causar la muerte por sí misma; como Gairdner (1) ha citado ejemplos de ello. Muchos autores de estos dos últimos siglos han creído que la gota puede causar la muerte por sí misma, fijándose en un órgano interno.

Entre las *complicaciones* mas frecuentes de la gota se ha colocado las *arenillas*, y ya veremos mas adelante, al hablar de las lesiones anatómicas, cómo ha querido esplicarse por esta circunstancia la composicion de las concreciones toféceas, que es en efecto notable. Se han encontrado tambien depósitos toféceos de origen gotoso en muchos otros órganos. El *oído* es uno de los sitios de eleccion mas

(1) Gairdner, *On gout, its history, its cause and its cure*. London, 1851, p. 33 y sig.

comunes y notables de estas producciones, cuya particularidad habian señalado ya los autores antiguos; habiéndola observado tambien en un grande número de casos, Graves, Garród y Trousseau. Hay que advertir que algunas veces estas concreciones del oído aparecen antes de que la gota se haya manifestado claramente.

Se han citado algunos casos en que á los síntomas de la gota han acompañado otros de *escorbuto* y se ha formado de ellos una variedad con el nombre de *gota vaga escorbítica* (1). Nos parece que ha habido algo de confusion de este modo de interpretar los hechos, pues los dolores articulares, el reblandecimiento, la caries de los huesos y las úlceras de las articulaciones son síntomas propios del escorbuto y no deben colocarse entre los fenómenos locales de la gota, porque de que aparezcan en un sugeto gotoso, no se deduce que la gota tenga la menor parte de su aparicion. Vemos, pues, que por no haber propuesto bien el problema que se debia resolver, han quedado pendientes todas las cuestiones, creyendo que se habia respondido perfectamente á todas ellas.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas que se encuentran en las articulaciones afectadas de gota presentan un carácter constante y verdaderamente específico: estas lesiones consisten en un depósito, en los diferentes elementos que constituyen la coyuntura, de *materias toféceas* que se hallan á la vez alrededor de las articulaciones y en su interior. Garrod ha establecido tambien como ley que «la inflamacion gotosa va acompañada invariablemente de depósitos de urato de sosa (2).»

Los ligamentos que rodean la articulacion y particularmente los de los dedos gruesos del pie están á veces tan completamente invadidos por los depósitos toféceos, que la coyuntura parece como encerrada en un estuche gredoso. El depósito se estiende tambien muchas veces mas allá de los ligamentos periféricos, é invade los tendones y sus vainas y las expansiones aponeuróticas de los músculos. Las estremidades articulares de los huesos presentan alteraciones análogas: los cartilagos están incrustados, y en algunos casos, se encuentran en las epífisis óseas depósitos gredosos mas ó menos estensos, invadiendo á veces hasta una profundidad considerable. Segun Garrod, esta alteracion resultaria en todos los casos de la estension del trabajo morboso que hubiese comenzado en el cartilago.

La cavidad articular está seca comunmente; no obstante, á veces se la encuentra llena de un líquido espeso y tambien barroso.

Estas lesiones traen en pos de sí necesariamente alteraciones secundarias en la articulacion y en las partes circundantes; las estre-

(1) Véase Coste, Barthez, etc.

(2) Garrod, *loc. cit.*, p. 218.

midades óseas, deformadas é irregulares, se dislocan y desvian algunas veces, y la articulacion pierde mas ó menos su movilidad. Los órganos peri-articulares se atrofian; los músculos, reducidos á la inaccion, se hallan atrofiados tambien y muchas veces degenerados. Al mismo tiempo, se puede encontrar en la articulacion indicios evidentes de una flegmasia, cuyos fenómenos son variables, segun el tiempo que haya pasado desde el principio de los accidentes articulares.

Las *concreciones gotosas* residen habitualmente fuera de las cápsulas sinoviales, sobre las membranas fibrosas, y á veces se han formado en las sinoviales, en las bolsas mucosas y en las vainas de los tendones. Morgagni halló una de estas concreciones en la mama de un gotoso.

Su figura es sumamente variable. A veces la materia tofécea rodea toda la articulacion y por lo comun se acumula en uno ó mas puntos y forma abolladuras irregulares.

La dureza de estas concreciones es diferente segun los casos; unas veces están penetradas de sustancias líquidas y se aplastan como la creta mojada, y otras son secas y duras, y en los casos en que han producido la ulceracion, la abundancia de líquidos morbosos las disgrega y reduce á granos aislados mezclados con partes mas voluminosas.

La composicion química de estas concreciones es especialmente notable, y hé aquí lo que resulta de la análisis que de ellas ha hecho Laugier:

Agua.....	8,3
Materia animal.....	16,7
Acido úrico.....	16,7
Sosa.....	16,7
Cal.....	8,3
Cloruro de sodio.....	17,7
Pérdida.....	17,7

Otros químicos han hallado carbonatos y fosfatos de cal en gran cantidad; pero los que se han presentado de un modo sumamente notable son sobre todo los uratos de sosa y de cal (1).

El *estado de la sangre* en la gota ha adquirido una importancia considerable, desde que se ha hecho el punto de partida de muchas teorías sobre la naturaleza de esta afeccion, Garrod (2) hizo numerosas análisis de la sangre de los gotosos, y ha llegado á la conclusion siguiente: «La sangre, en la gota, contiene siempre ácido úrico bajo la forma de uratos de sosa en cantidades anormales, pudiendo obtenerse esta sal cristalizada.» Segun los resultados de muchas análisis

(1) *Mém. de l' Acad. de méd.* París, 1828, t. I, p. 410.—Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 4.^e livraison, in-fol. con lám. ilum.

(2) Garrod, *loc. cit.*, p. 90 y sig.

cuantitativas que este autor ha hecho, con el objeto de determinar la cifra de ácido úrico, se ve que 1000 partes de suero han suministrado 0,025 y 0,175 de ácido úrico. Los demás elementos de la sangre no presentan ninguna variacion constante, que esté bajo el dominio directo de la gota. Cuando existe una inflamacion gotosa de alguna intensidad, la cifra de la fibrina puede elevarse notablemente sobre la media normal, pero esta alteracion es transitoria, como el trabajo morbozo á que está unida. Garrod ha demostrado tambien que se podia reconocer la presencia del ácido úrico en los derrames morbosos que se forman en los gotosos, por ejemplo, en el peritoneo y pericardio, en el líquido seroso que proviene de la aplicacion de los vejigatorios, y así mismo en las secreciones normales ó morbosas que se verifican en la superficie de la piel.

La *composicion de la orina* ha sido igualmente objeto de investigaciones minuciosas que han modificado muchas opiniones generalmente acreditadas. Se sabe que la orina de los gotosos presenta muchas veces depósitos de ácido úrico y uratos, formando en algunas ocasiones sedimentos abundantes, y que además los gotosos están muy espuestos á los ataques de arenilla nefrítica; habiendo concluido de aquí, que la orina en la gota contenia, como la sangre, un exceso de ácido úrico. Reconociendo que lo que se habia dicho de apariencias físicas de la orina es perfectamente exacto, Garrod (1) ha demostrado que la conclusion que se ha deducido de esto es del todo errónea, y que la cantidad de ácido úrico escretado, lejos de hallarse aumentada, está disminuida las mas de las veces. Siendo la cantidad media de escrecion normal de 0^{sr},48 en las veinte y cuatro horas, ha notado este autor que en 7 casos de gota aguda la cifra del ácido úrico habia sido por término medio de 0^{sr},197. Al principio del ataque la orina está clara y la cantidad de ácido úrico disminuida; á medida que la enfermedad avanza, la proporcion de ácido úrico eliminado aumenta y puede tambien exceder la media normal, constituyendo entonces sedimentos críticos. Mas tarde, el ácido úrico disminuye de nuevo, pero siempre menos que al principio del ataque.

En la gota crónica la cantidad de ácido úrico eliminado ha sido siempre inferior á la cantidad normal. En 17 observaciones, Garrod ha encontrado una cantidad media inferior á 0^{sr},06. La orina está mas bien pálida que oscura, de una débil densidad y aumentada en cantidad: por lo comun no forma depósitos.

En el intervalo de los ataques, la cantidad de ácido úrico no ha excedido jamás del término medio normal; las mas de las veces ha sido inferior.

La urea no experimenta ordinariamente cambio en sus proporciones; pero es bastante comun encontrar en la orina una cantidad de albúmina mas ó menos considerable. Esta albuminuria se observa

(1) Garrod, *loc. cit.*, p. 134 y sig.

sobre todo en los casos en que la orina contiene sedimentos uráticos bastante abundantes (Garrod).

En virtud de los resultados de este exámen de la sangre y la orina, algunos autores han considerado la gota como producida por la acumulacion de ácido úrico en la economía, haciendo así consistir esta enfermedad en la diátesis úrica. Muchas objeciones se pueden hacer á esta opinion, que nosotros no podemos examinar aquí; pero debemos señalar el hecho incontestable del exceso de ácido úrico en la gota, porque este hecho debe influir en el tratamiento.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Es evidente que solo con el reumatismo articular debe establecerse el diagnóstico diferencial de la afeccion que nos ocupa; así pues, compararemos primero la *gota aguda* con el *reumatismo articular agudo*.

La gota aguda acomete á personas de la clase rica, al paso que el reumatismo se observa especialmente en sugetos pobres. No es tampoco igual la edad en que se manifiestan ambas afecciones. La gota afecta á las articulaciones pequeñas y el reumatismo á las grandes. La primera de estas afecciones repite por ataques manifiestos que se componen de accesos cotidianos que guardan irregularidad en su marcha, y una vez que ha atacado á un individuo, puede decirse que se reproducirá en él un gran número de veces; los primeros ataques son los mas fuertes y van en seguida debilitándose por grados; los síntomas locales no pasan de una articulacion á otra y permanecen fijos en los puntos donde han aparecido primitivamente, aun cuando la afeccion llegue á invadir nuevas articulaciones siendo raro que suceda lo contrario. El estado de la articulacion enferma es especial; el calor y la rubicundez son intensos, las venas están con mucha frecuencia dilatadas en las inmediaciones, y por último, á cierta época aparece un sudor local que merece notarse. En el reumatismo articular agudo los síntomas son continuos con exacerbaciones irregulares; hay muchos sugetos que solo han padecido un ataque de reumatismo; es muy raro que la afeccion se reproduzca á menudo, y en los casos en que hay un segundo ataque, puede ser infinitamente mas fuerte que el primero, sucediendo lo mismo con el tercero y así sucesivamente. La movilidad de los síntomas locales es uno de los caracteres principales de la afeccion; por lo comun no son tan intensos la rubicundez y el calor de las articulaciones afectadas, no hay dilatacion de las venas ni sudor local especial.

La gota crónica se distingue del *reumatismo articular crónico* por muchos de los signos distintivos que acabamos de enumerar, y además por los caracteres siguientes: afecta las articulaciones pequeñas, solo ocupa por lo comun un corto número de ellas, es mayor la deformidad de los puntos que invade y no tardan en aparecer en

ellos las concreciones tofáceas. Por el contrario, el reumatismo se fija de preferencia en las grandes articulaciones, puede invadir un número mucho mayor de estas partes, puede ser considerable la tumefaccion mucho tiempo antes de que la deformidad llegue á un alto grado, y finalmente, en esta última afeccion no se han encontrado concreciones tofáceas.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos de la gota aguda y del reumatismo articular agudo.*

GOTA AGUDA.	REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.
Ataca á la <i>clase rica</i> .	Ataca á la <i>clase pobre</i> .
Aparece por lo comun en una <i>edad mas avanzada</i> .	Aparece generalmente en una <i>edad menos avanzada</i> .
Invade principalmente las <i>articulaciones pequeñas</i> .	Invade particularmente las <i>grandes articulaciones</i> .
Repite por <i>ataques manifiestos</i> compuestos de <i>accesos cotidianos</i> .	No hay <i>ataques manifiestos</i> ni <i>accesos cotidianos</i> , sino tan solo exacerbaciones irregulares.
Se reproduce con <i>frecuencia</i> .	Es muy comun que solo ataque á los sugetos <i>una ó dos veces</i> .
Los <i>primeros ataques</i> son los <i>mas fuertes</i> , y luego van disminuyendo de intensidad y aumentando en frecuencia.	Pueden el <i>segundo</i> y el <i>tercer ataque</i> ser los <i>mas fuertes</i> .
Síntomas locales <i>fijos</i> .	<i>Movilidad</i> de los síntomas locales.
Rubicundez y calor generalmente <i>mas intensos</i> .	Rubicundez y calor generalmente <i>menos intensos</i> .
<i>Dilatacion de las venas</i> alrededor de las articulaciones afectadas.	No se <i>dilatan las venas</i> alrededor de las articulaciones afectadas.
<i>Sudor local</i> al fin del ataque.	No hay <i>sudor local</i> , particularmente al fin del ataque.

Nos parece difícil que signos distintivos tan marcados y numerosos, á los que hay que añadir tambien el modo como termina la enfermedad que casi siempre pasa al estado crónico y da origen á concreciones tofáceas en la gota, al paso que en el reumatismo al contrario, rara vez pasa al estado crónico, ni tiene por carácter la formacion de tales concreciones; y nos parece difícil, volvemos á decir, admitir que no sean suficientes signos distintivos tan manifiestos para establecer el diagnóstico diferencial sobre bases sólidas.